

稲敷市市民活動補償事故発生報告書

稲敷市長 様

団体名(団体のみ)

氏名(代表者)

印

住所

電話番号

市民活動中に事故が発生しましたので、稲敷市市民活動補償制度実施要綱第8条の規定により、報告いたします。なお、補償制度適用の審査に関し、報告書記載の個人情報と同要綱第3条に規定する保険会社に提供することに同意します。

事故種別	<input type="checkbox"/> 賠償責任事故 <input type="checkbox"/> 傷害事故		
傷害補償対象者 又は 賠償補償対象者	住所 〒      -	生年月日	年 月 日( 歳)
	ふりがな	電 話	(      )
	氏名	性 別	男 ・ 女
親 権 者 (上記の者が 未成年者の場合)	住所 〒      -	生年月日	年 月 日( 歳)
	ふりがな	電 話	(      )
	氏名	活動者又は参加者との関係 (      )	
事故発生日時	年 月 日(      ) 午前・午後 時 分頃		
事故発生場所	所在地		施設名
事故発生時の 活動内容			
事故発生状況 (詳細に記入し てください)			
傷 害 事 故	傷害の部位 及び傷病名		
	治 療 期 間	入院 年 月 日～ 年 月 日(延 日)	見込・確定
		通院 年 月 日～ 年 月 日(延 日)	見込・確定
	医 療 機 関	医療機関名	
(医師名 :      )			
	所在地	電話 (      )	

※賠償責任事故は裏面にご記入ください。

